



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 12 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

유년기 초기 (12개월)

| | | | |
|--------|---|---------------|---|
| 아동의 이름 | 아동의 이름 | 아기를 데리고 온 사람: | 생년월일 |
| | 알레르기 문제 | 현재 복용하고 있는 약품 | |
| | 지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등 | | 오늘 질문한 사항: |
| | 예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 컵으로 마십니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 다양한 음식을 먹습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들지는 않습니다. | | 예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 소리를 낼 수 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 스스로 일어 섭니다. |

| | | | |
|---|--------------------------|----------------------|---|
| WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE | HEIGHT CM/IN. PERCENTILE | HEAD CIR. PERCENTILE | Diet _____ |
| <input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history | | | Elimination _____ |
| Screening: N A | | | Sleep _____ |
| Hearing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ | | | <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure |
| Vision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ | | | <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish |
| Development: Circle area of concern | | | <input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Dental Referral |
| Adaptive/Cognitive Language/Communication | | | Health Education: (Check all discussed/handouts given) |
| Gross Motor Social/Emotional Fine Motor | | | <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Passive Smoke |
| Behavior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ | | | <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat |
| Mental Health <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ | | | <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever |
| Physical: N A | | | <input type="checkbox"/> Teeth Care <input type="checkbox"/> Weaning <input type="checkbox"/> Language Stimulation |
| General appearance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Discipline Limits <input type="checkbox"/> Child care |
| Skin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| Head/Fontanelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | Assessment/Plan: _____ |
| Eyes (Cover/Uncover) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Ears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Nose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Oropharynx/Teeth <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Neck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Nodes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | _____ |
| Describe abnormal findings and comments: | | | IMMUNIZATIONS GIVEN |
| _____ | | | REFERRALS |
| _____ | | | HEALTH PROVIDER NAME |
| NEXT VISIT: 18 MONTHS OF AGE | | | HEALTH PROVIDER ADDRESS |
| HEALTH PROVIDER SIGNATURE | | | |

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (12 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Lead Screen

Screen infants for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands alone 2 seconds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Walks with help. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Says "Dada" and Mama" specifically. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Responds to "no".</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Precise pincer grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicates wants by pointing or gestures. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Responds to "pat-a-cake" or waving "bye-bye".</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Bangs 2 blocks together.</u> |

- Avoids eye contact.
 - Concerned child cannot hear or "tunes out."
 - No babbling, pointing, or other gestures.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or *even one* of the underlined items, or one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------|--|---|--|--|--|----------|--|--|
| 유년기 초기 (12개월) | | | | | | | | | | | |
| 아동의 이름 | 아기를 데리고 온 사람: | | | | 생년월일 | | | | | | |
| | 알레르기 문제 | | | | 현재 복용하고 있는 약품 | | | | | | |
| | 지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등 | | | | 오늘 질문한 사항: | | | | | | |
| | 예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 컵으로 마십니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 다양한 음식을 먹습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들지는 않습니다. | | | | 예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 소리를 낼 수 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 스스로 일어 섭니다. | | | | | | |
| 체중 KG./OZ. 백분율 | | | 신장 CM/IN. 백분율 | | | 두상둘레 백분율 | | | 식사 _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 신체검사 <input type="checkbox"/> 가족병력 검토 | | | | | | 배설(대/소변) _____ | | | | 수면 _____ | |
| 검사항목: 정상 비정상 | | | | | | <input type="checkbox"/> 예방접종 기록 검토 <input type="checkbox"/> 남성분 노출 | | | | <input type="checkbox"/> 불소보충 <input type="checkbox"/> 불소처리 | |
| 청력검사 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | <input type="checkbox"/> Hct/Hgb (해마토크리트/헤모글로빈) <input type="checkbox"/> Tb(결핵) <input type="checkbox"/> 치과 의뢰 | | | | 보건교육: (의논을 하였거나/제공된 모든 인쇄물에 체크) | |
| 시력검사 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | <input type="checkbox"/> 가족계획 <input type="checkbox"/> 안전 <input type="checkbox"/> 간접흡연 | | | | <input type="checkbox"/> 발육(발달)상태 <input type="checkbox"/> 안전한 유아용 침대 <input type="checkbox"/> 적정 카-시트 | |
| 발달 사항: 염려하는 부문에 동그라미로 표시하십시오. | | | | | | <input type="checkbox"/> 아기와의 유대관계 <input type="checkbox"/> 금식/복통 <input type="checkbox"/> 열 | | | | <input type="checkbox"/> 치아 관리 <input type="checkbox"/> 이유식 <input type="checkbox"/> 언어(말) 고무시키기 | |
| 적응력/인식력 언어능력/의사소통 | | | | | | <input type="checkbox"/> 징계/제약 <input type="checkbox"/> 타악소 | | | | <input type="checkbox"/> 기타: _____ | |
| 대 운동근육(신경) 사회적/정서적 사항 소 운동근육(신경) | | | | | | 평가/계획: _____ | | | | _____ | |
| 행동사항 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 정신건강 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 신 체: 정상 비정상 | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 외모 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 흉부 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 피부 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 때 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 머리/정수리 후천문 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 심장혈관/맥박 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 눈(가림/가리지 않음) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 복부 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 귀 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 생식기 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 코 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 척추 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 구강인두/치아 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 수족(손발) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 목 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 신경 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 결절 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 걸음걸이 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 이상 건강에 대한 설명이나 의견: _____ | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| _____ | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| _____ | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| _____ | | | | | | _____ | | | | _____ | |
| 다음 방문: 18개월 | | | | | | 예방접종 | | | | 의뢰 | |
| 진찰자 서명 | | | | | | 진찰자 성명 | | | | 진찰자(진료원) 주소 | |

12개월 아동의 건강

성장 과도기

12개월에서 18개월 사이의 아이 발육 범위들

사용 낱말이 늘어납니다. 15개월까지는 3-10낱말, 18개월까지는 15-20낱말 정도

두, 세 블록을 쌓을 수 있습니다.

잘 걷습니다. 도와주면 층계를 오릅니다.

눈, 코, 입 등 신체 일부의 명칭을 알려 지적할 수 있습니다.

간단한 지시사항은 따라합니다.

아이가 새로운 기술을 배우는 데 도움이 되도록 아이와 대화하고 놀아줍니다.

도움이나 상세한 정보를 원할 때

탁아소 문의사항: Washington State Child Care Resource & Referral Network, 1-800-446-1114.

특별지원이 필요한 아동을 가진 부모를 위한 지원 기관: Washington State Parent to Parent Program, 1-800-821-5927.

독극물 예방: Washington Poison Center, 1-800-732-6985 (음성), 1-800-572-0639 (TTY 자막); 비상 사태시에 911로 전화

아동의 건강과 발달, 예방접종: Healthy Mothers, Healthy Babies 정보와 의뢰기관 전화번호, 1-800-322-2588 (음성) 혹은 1-800-833-6388 (TTY 자막)

양육기술과 지원 정보: 가족 헬프 전화번호, 1-800-932-HOPE (4673) Family Resources Northwest, 1-888-746-9568 지역 커뮤니티 칼리지 강좌

건강정보

시기 적절한 예방접종은 자녀를 심각한 질병으로부터 보호할 수 있습니다. 아직 접종하지 않은 백신이 있으면 접종을 할 수 있도록 예약합니다. 건강진단을 받으러 갈 때 예방접종 기록부를 가져 갑니다. 예방접종에 대해 질문이 있으면 의사나 간호원에게 문의합니다.

이제부터는 다양한 영양식을 먹여야 합니다. 부드러운 식탁용 음식을 잘게 해서 주면 필요한 영양을 보급할 수 있습니다.

자녀가 우유병을 사용하였으면 이제부터는 우유병 대신에 컵을 사용케 하십시오. 지금까지 모유를 먹이면 계속 먹여도 무관합니다!

최소한 매일 자녀의 치아를 닦아 줍니다. 불소치약을 완두콩 크기만큼 아주 적게 해서 닦습니다. 치과 의사에게 데리고 가 첫 치아 검진을 받도록 하십시오.

양육 정보

매일 자녀와 놀아 주는 것 외 책을 읽어 주고 이야기합니다. 아이가 좋아하는 노래나 자장가를 반복하여 들려 주십시오.

원하는 것을 자녀에게 말해 주십시오. 하지만 이러한 것을 이행하기에는 아직 어리다는 것을 상기해야 합니다! 자녀는 말로 표현하기 보다는 더 잘 알아 들을 수 있습니다. 좋아하는 것을 하였을 경우 칭찬해 주십시오.

안전정보

자녀가 걸음마를 하고 기어 오르기 시작하면, 자녀가 다니기에 아무런 문제가 없는 지 확인해 보십시오. 항상 바닥을 깨끗이 하고 독극성 물품은 벽장에 넣어 잠금 두고, 깨어지기 쉬운 물건은 높은 선반에 두며, 층계 통로문은 닫아 둡니다.

아기들은 조그만한 물건으로도 질식할 수 있습니다. 작고, 딱딱하며 둥근 모양의 물건(동전, 소형블록)은 아기의 손에 닿지 않는 곳에 두십시오. 핫도그 조각, 포도, 콩과 같이 둥근 모양의 식품은 주지 않도록 하십시오.

아기를 카-시트에 앉힙니다. 1살이 되고 체중이 20파운드가 되면 카-시트를 앞 쪽으로 향하도록 둘 수 있습니다.